Revista Română de Bioetică, Vol. 6, Nr. 4, Octombrie – Decembrie 2008

ÎNGRIJIRILE PALIATIVE ŞI EUTANASIA SE EXCLUD RECIPROC?

Silviya Aleksandrova[*]

Rezumat
Mişcarea eutanasiei a luat naştere sub forma unui protest împotriva tendinţei tot mai mari din medicină de a-i distanţa pe indivizi de propria lor moarte şi de procesul morţii, precum şi de a căuta o moarte mai bună. Cu toate acestea, cunoştinţele vaste şi cercetările din domeniul îngrijirilor paliative au făcut ca discuţia despre introducerea eutanasiei să devină inutilă. Mai mult, eutanasia pare diametral opusă eticii sanctităţii vieţii şi în contradicţie cu specificul îngrijirilor paliative axate pe îngrijiri active, holistice şi pe îmbunătăţirea calităţii vieţii.Pe de altă parte, cu cât dobândim mai multă experienţă în domeniul îngrijirilor paliative, cu atât realizăm mai mult faptul că durerea şi suferinţa au multe faţete. Mulţi sunt de acord cu faptul că îngrijirile paliative nu pot elimina toate solicitările de eutanasiere. Indiferent de poziţia pe care am susţine-o, eutanasia ca opţiune finală în contextul epuizării îngrijirilor paliative sau îngrijirile paliative ca alternativă la eutanasiere, este necesară o dezvoltare continuă a îngrijirilor paliative. Sunt necesare studii exhaustive privind experienţa durererii şi suferinţei, controlului simptomelor şi servicii de îngrijiri paliative.

Cuvinte cheie: *eutanasie, durere, îngrijiri paliative, suferinţă.*

Introducere

Aspectele legate de moarte şi de procesul morţii au atras din ce în ce mai mult atenţia publică în ultimile decenii. În acelaşi timp, se remarcă critici tot mai acerbe la adresa aplicării tehnicilor şi intervenţiilor medicinei moderne, fără a se lua în considerare modul în care pacienţii beneficiază de acestea. Mişcarea eutanasiei a luat naştere sub forma unui protest împotriva tendinţei tot mai mari din medicină de a-i distanţa pe indivizi de propria lor moarte şi de procesul morţii, precum şi pentru a căuta o moarte mai bună. Chestiunea eutanasiei este în continuare controversată, în special în legătură cu statutul său moral şi cu semnificaţia pe care profesioniştii din domeniul sănătăţii trebuie să o atașeze de principiului respectării autonomiei pacientului. Creşterea cunoştinţelor şi cercetărilor legate de îngrijirile palia-

[*] asistent universitar, Universitatea de Medicină din Pleven, Bulgaria, Facultatea de Sănătate Publică, Departamentul de Etică Medicală, Gestionarea Îngrijirilor Medicale şi a Tehnologiilor Informaţionale, silviya_aleksandrova@hotmail.com

tive au dus la concluzia că prestarea de îngrijiri paliative eficiente ar face inutilă o discuție despre intro- ducerea eutanasiei. Îngrijirile paliative de calitate sunt prin urmare considerate drept răspunsul moral la imortalitatea eutanasiei.

În această lucrare voi discuta relațiile dintre îngrijirile paliative şi eutanasie cu privire la întrebarea dacă acestea se exclud reciproc.

Eutanasia şi îngrijirile paliative se exclud reciproc

Trebuie menționat faptul că majoritatea persoanelor care lucrează în domeniul îngrijirilor paliative sunt total împotriva eutanasiei. Unele dintre acestea afirmă chiar faptul că îngrijirile paliative pot fi luate în serios doar în cazul în care eutanasia este eliminată din spectrul practicilor medicale [19].

Din punct de vedere istoric, la momentul în care Cicely Saunders a înființat centrul hospice St. Christopher în 1967, eutanasia era privită doar parțial ca un discomfort imoral, în condițiile tendințelor societății britanice în favoarea legalizării eutanasiei. ***În privința valorilor şi ideilor creştine,*** exista un consens puternic în ceea ce priveşte normele etice, conform cărora eutanasia nu trebuie să facă parte din îngrijirile unui centru de îngrijire paliativă. După Cicely Saunders, pledoaria pentru legalizarea eutanasiei poate fi explicată prin tendința medicinei de a prelungi viețile pacienților cu orice preț cu mijloacele tehnologice la dispoziție [15].

Dezvoltarea centrelor de tip hospice după înființarea centrului St Christopher, a dorit întotdeauna să arate că ***prin îngrijiri paliative de calitate pot fi prevenite solicitările de eutanasiere.*** Principiul conform căruia moartea pacientului nu trebuie nici să fie grăbită în mod intenționat, nici amânată, este universal pentru practica centrelor de îngrijire paliativă. Din acest punct de vedere, eutanasia este adesea criticată fiind considerată o soluție slabă atunci când există un deficit de îngrijiri paliative.

De asemenea, punctul de vedere al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) susține aceeaşi părere. Comitetul de experți al OMS a concluzionat în 1990 că „… odată cu dezvoltarea metodelor moderne de îngrijiri paliative, legalizarea eutanasiei devine inutilă. Întrucât există acum o alternativă la moartea în suferință, eforturile trebuie să se concentreze mai curând asupra programelor de implementare a îngrijirilor paliative, decât asupra cedării în fața presiunilor pentru o eutanasie legală" [29].

În centrele hospice olandeze, nu se oferă eutanasie, însă, în cazul în care pacienții insistă, ei pot transferați într-o instituție care oferă eutanasie. Experiența din practica hospice sugerează că în contextul unor îngrijiri pline de compasiune, marea majoritate a solicitărilor dispar după ceva timp. Janssens, Ten Have şi Zylicz oferă date conform cărora în momentul internării, 25% dintre pacienții centrului hospice Royenheuvel au făcut o solicitare de eutanasiere pentru cazul în care durerea şi suferința devin insuportabile. Cu toate acestea, dintre cei, 571 de pacienți care au fost internați, doar doi au rămas hotărâți în solicitarea lor (0,35%) [13].

Cartea olandezului Bruntink citează un medic specialist în îngrijiri paliative, care afirmă: „aceasta este hrană pentru critici. Totuşi, nu aş dori acest lucru sub nicio formă. Transferul unui pacient în ultimele sale clipe nu este plăcut. Însă dacă eutanasia s-ar efectua aici, ar fi periculos pentru viitorul centrului de îngrijire paliativă. Oamenii trebuie să se

simtă în siguranţă în această instituţie, şi dacă ar şti că se practică eutanasie aici, siguranţa şi claritatea ar dispărea. Fără acea claritate nu aş putea lucra aici" (citate în Gordijn şi Janssens, 2002).

În multe cazuri pacienţii cu dureri insuportabile îl roagă pe medic să le pună capăt vieţii. Iar medicii care oferă injecţia ucigaşă sau medicamente "otrăvitoare" consideră acţiunile lor drept o îngrijire bună, datorată pacienţilor fără speranţă. Prin urmare, pacienţii care solicită eutanasia doresc încetarea durerii lor, gândind că aceasta se poate obţine doar prin moarte. Eutanasia reprezintă eliminarea durerii în primul rând prin eliminarea pacientului, fapt care nu poate fi soluţia corectă la solicitarea pacienţilor [19]. Pe de altă parte, principala caracteristică a îngrijirilor paliative este accentul pe controlul durerii. Durerea cronică, severă poate duce la neajutorare şi disperare – două stări psihice care pot conduce la suicid şi la solicitarea de eutanasiere. Controlul durerii, şi în general, un bun control al simptomelor pot alina aceste stări psihice şi pot schimba convingerea că o moarte prematură – „o dispariţie finală" nedureroasă – este soluţia [7].

Se consideră că administrarea morfinei pentru a produce „uitarea farmacologică" în contextul îngrijirilor paliative, grăbind intenţionat moartea, nu este diferită din punct de vedere moral şi etic de eutanasie. Cu toate acestea, este important de menţionat faptul că, morfina, cu o dozare şi monitorizare atentă, foare rar grăbeşte moartea [22]. Mai mult, doctrina „efectului dublu" afirmă că, atât timp cât intenţia este de a face bine şi de a nu face rău pacientului, efectuarea unei intervenţii medicale care poartă cu ea riscul grăbirii morţii este etică. Obligaţia de a asigura tratarea adecvată a durerii şi îngrijiri paliative, chiar dacă poate contribui, ca un efect secundar, la scurtarea vieţii individului, este recunoscută în mod oficial de către Consiliul Europei din 1999 [4]. Accentul cade aici pe ***efectul intenţionat***. În eutanasie, efectul intenţionat este moartea, în timp ce în îngrijirile paliative efectul intenţionat este de a calma durerea cu risc scăzut de a grăbi moartea. Una urmăreşte moartea în timp ce cealaltă primejduieşte moartea [16]. Distincţia dintre eutanasie şi administrarea unor doze mari de analgezice şi alte medicamente paliative pentru a reduce simptomele pacienţilor, chiar dacă aceste medicamente sunt cunoscute ca având potenţialul de a scurta viaţa pacienţilor, este de asemenea precizată de către Instanţa din Leeuwarden în 1973 [24]. Bazându-se pe intenţia medicului ca regulă, legea prevede de fapt că intenţia doctorului are prioritate asupra dreptului pacientului la autodeterminare [21].

Un alt aspect este faptul că acceptarea opţiunii eutanasiei poate împiedica procesul creativ de dezvoltare a modalităţilor paliative alternative [17]. Având de asemenea în vedere faptul că doar puţini medici sunt formaţi în medicină paliativă, acceptarea eutanasiei drept soluţie în cazuri de suferinţă mare a pacientului pare tentantă [18]. Mai bine să ne împotrivim eutanasiei şi să stimulăm comunitatea medicală să accepte provocarea de a oferi îngrijiri mai bune la sfârşitul vieţii [6]. Prin urmare, miza acestei dezbateri este de asemenea ***evaluarea calităţii îngrijirilor paliative***. Un alt specialist în îngrijiri paliative citat de Bruntink afirmă că: „În mod categoric, există o legătură directă între calitatea îngrijirilor paliative şi cererea de eutanasiere. Cererea scade dacă calitatea îngrijirilor creşte. Însă întotdeauna va exista un grup de persoane care vor stărui în cererea lor de eutanasie. Indiferent de ceea ce veţi oferi" (citat în Gordijn şi Janssens, 2002).

Medicii care acceptă soluția eutanasiei consideră că prestarea îngrijirilor paliative este criticată de cei care nu acceptă eutanasia. Îngrijirile paliative oferite sunt descrise din punct de vedere ideologic de criticii eutanasiei ca fiind mai puțin creative şi insuficiente în căutarea unor alternative, doar pentru faptul că nu resping eutanasia de la început. Într-un studiu al lui Georges et al [9] doar o treime din cei 410 medici olandezi incluşi au fost de acord cu afirmațiile care descriu calitatea îngrijirilor paliative în Olanda drept suboptimă şi care descriu experiența doctorilor cu privire la îngrijirile paliative drept insuficientă. Astfel de comparații permit centrelor de îngrijire paliativă să îşi susțină punctul de vedere, focalizându-se pe insuficiența îngrijirilor paliative din sistemul oficial al îngrijirilor medicale. Aceste centre se bazează pe opinia largă conform căreia dezvoltarea continuă a îngrijirilor paliative poate reduce numărul solicitărilor de eutanasie [23]. Studii precum cel al lui Virik şi Glare [27] arată că principalele motive ale cerințelor de eutanasiere sunt simptomele necontrolate, lipsa autonomiei şi lipsa de speranță (toate acestea reprezentând obiectivul programelor de îngrijiri paliative).

Argumentul de bază în favoarea eutanasiei este ***respectul autonomiei***. Potrivit acestui argument pacientul care are dureri insuportabile poate alege în mod liber. În cazul pacientului care se confruntă cu o boală care pune în pericol viața şi în special în ultima fază a vieții, respectarea autonomiei pacientului pare a fi cel mai etic mod de acțiune pe care profesioniştii din domeniul sănătății îl pot adopta; însă respectul autonomiei nu reprezintă un principiu absolut sau suprem. Orice persoană care suferă de dureri insuportabile şi care nu poate prevedea un final al durerilor va opta rapid pentru eutanasie. În astfel de cazuri însă, cu greu se poate vorbi de o alegere cu adevărat autonomă. În viziunea morală a centrului de îngrijiri paliative formulată de Saunders şi Byock, centrul hospice oferă pacienților controlul asupra calității vieții pe care îl pot experimenta în procesul morții. Scopul controlului pacienților nu se extinde totuşi la deciziile de a pune capăt vieții cu ajutorul asistenței medicale. Potrivit opiniei lui Saunders, capacitatea de control a pacientului este legată de principiul suprem de a nu grăbi, şi nici de a amâna moartea. Criticii perspectivei largi a capacității de control a pacientului susțin că există riscul de a se promova o etică minimalistă pentru tradiția morală a centrului de îngrijiri paliative, transformând-o într-o simplă afirmare şi acceptare a alegerii pacientului [3].

Acceptarea eutanasiei poate fi periculoasă în lumina ***solicitărilor de eutanasiere atât de multistratificate*** şi de ambigue ale pacienților. În situația unei comunicări bune, solicitările de eutanasiere pot semnifica ceva foarte diferit de o solicitare de pune capăt vieții cuiva. Studiul lui Ganzini şi Block la pacienții cu ALS arată că lipsa de speranță şi depresia conduc la dorința acestora de eutanasiere sau de suicid asistat [8]. În opinia majorității experților germani în îngrijiri paliative, motivele solicitării morții au fost legate de simptomele fazei terminale, precum durerea, apnea, anorexia, constipația. Pot exista de asemenea motive de ordin intern precum sentimentul inutilității vieții, lipsa de aşteptări, trăirea lipsei de sens, sentimentul de a fi o povară pentru ceilalți [22]. În 1991, un sondaj Gallup efectuat în rândul americanilor a descoperit că principalul motiv al sprijinului public pentru permiterea eutanasiei este teama: teama de cancer sau de alte boli care provoacă slăbirea organismului;

teama de a deveni o povară pentru propria familie; teama de a supraviețui fără a trăi cu adevărat; şi mai ales, teama de dureri acute, necontrolabile [1]. Partizanii eutanasiei indică cel mai adesea nevoia de a trata suferința incurabilă, dar în practică eutanasia este adesea utilizată pentru a evita supraviețuirea indivizilor percepuți ca având un nivel precar al vieții. De exemplu, din cei 57 de pacienți investigați de către Truog [25], la 16 (28%) dintre ei, principala justificare pentru administrarea medicamentelor a fost „calitatea scăzută a vieții în viitor." Totuşi, calitatea vieții trebuie judecată de către persoana care este în viață şi nu de către ceilalți.

Eutanasia este împotriva principiilor etice de bază din medicină şi este prin urmare incompatibilă cu îngrijirile paliative. Principiile îngrijirilor paliative sunt aceleaşi ca şi principiile medicinei în general. Doctorii dețin dubla responsabilitate de a păstra viața şi a reduce suferința. Principiul beneficiului (a face bine) şi al non-vătămării (a nu face rău) se aplică atât în cazul îngrijirilor paliative cât şi al medicinei. A ucide un pacient nu este un beneficiu, ci înseamnă a face rău [16]. ***Sanctitatea vieții umane*** reprezintă fundamentul eticii occidentale. Pentru aceia care susțin valoarea sanctității vieții, provocarea intenționată a morții unei persoane – chiar şi cu consimțământul acesteia – este considerat a fi cel mai mare rău pe care un individ îl poate face celuilalt. Prin urmare, eutanasia este diametral opusă eticii sanctității vieții şi este o contrazicere a eticii îngrijirilor paliative axate pe îngrijiri active, holistice şi pe îmbunătățirea calității vieții [28]. Acceptarea eutanasiei în cadrul programelor şi a îngrijitorilor centrelor hospice contravine celor trei principii de bază ale misiunii şi filozofiei lor:

- oferirea unei medicații letale grăbeşte moartea;
- moartea se produce nu ca urmare a unor procese naturale ale cursului vieții, ci prin intermediul unui control şi a unei monitorizări medicale.
- familia poate fi exclusă deoarece măsura nu impune implicarea familiei (sau înştiințarea) în procesul de luare a deciziei de către pacient [3].

Eutanasia neagă persoanei stadiul final de dezvoltare. Procesul morții este o perioadă de reflecție şi un timp de creştere. Este momentul reconcilierii şi al reparării relațiilor întrerupte, un timp al redescoperirii dragostei reciproce şi responsabilității. Este un moment când au loc schimburi de cuvinte de dragoste între cei dragi şi când puterea rămasă ajută la susținerea în anii ce le-au mai rămas de trăit. Acesta este cu adevărat capitolul final din povestea vieții unei persoane. Eutanasia voluntară scurtează în mod artificial şi ne neagă faza finală a maturizării precum şi o parte esențială din umanitatea noastră. Dimpotrivă, îngrijirile paliative acceptă moartea ca un proces normal şi încearcă să-l sprijine pe pacient şi pe familia acestuia pe parcursul stadiului final, chiar dacă pacientul experimentează dureri şi suferință puternice. Nu promit să elimine orice durere însă promit să stea alături de pacient şi să poarte o parte din suferința până la sfârşit [16].

Îngrijirile paliative şi eutanasia se bazează pe ***valori şi opinii complet diferite cu privire la condiția umană***. Diferența dintre eutanasie şi mişcarea paliativă nu constă doar în justificarea sau refuzul crimei. Diferența constă în acceptarea sau neacceptarea evenimentului morții şi a procesului morții. Acceptarea morții nu înseamnă

numai a fi împotriva eutanasiei, dar şi a fi în favoarea oricărei forme de viaţă, inclusiv a răspunde la întrebarea de ce o viaţă terminală merită trăită. Eutanasia este inacceptabilă moral din perspectiva umanităţii şi a raţiunii. Valoarea vieţii reprezintă baza pentru realizarea celorlalte valori şi din acest motiv, oamenii au datoria de a garanta valoarea vieţii şi a o respecta în fiecare situaţie existenţială. [23].

Eutanasia este la polul opus îngrijirilor paliative deoarece degradează viaţa. Ea face ca pacientul să se îndoiască de propria sa valoare. Acesta se va simţi ca o povară pentru familie, pentru sistemul medical şi pentru societate. Îngrijirile paliative dimpotrivă, afirmă valoarea şi bunătatea intrisecă a persoanei. Aceasta urmăreşte să îl facă pe pacient să se simtă apreciat şi iubit. Acest lucru se reflectă în cuvintele lui Cicely Saunders: „Tu contezi pentru că eşti tu însuţi, şi contezi până în ultimul moment al vieţii tale. Vom face tot ce vom putea, nu doar ca să te ajutăm să mori în pace, dar şi pentru ca să trăieşti până vei muri".

În final, dar nu în cele din urmă, trebuie luate în considerare ***efectele asupra personalului***. Ar fi dezamăgitor pentru echipa centrului de îngrijire paliativă dacă ar trebui ca pacientul, pe care l-au îngrijit o perioadă lungă, să fie transferat într-o altă instituţie pentru a muri acolo. Ar putea exista un sentiment de jenă din partea pacientului. Acesta ar considera că în cazul în care optează pentru eutanasiere, gestul ar fi nerecunoscător faţă de echipa care l-a îngrijit atât de bine [14]. De asemenea, ar fi pusă la încercare loialitatea faţă de pacient şi faţă de familie. Centrul hospice a perceput de-a lungul timpului pacientul şi familia drept o unitate de îngrijire. În mod tradiţional, în momentul în care centrul de îngrijire internează pacientul şi familia sa, planul de îngrijire implică faptul că această instituţie îi va însoţi pe toţi pe parcursul evoluţiei până la moartea pacientului, şi în primul an după aceasta, pe cei dragi, aflaţi în suferinţă. Cu toate acestea, în cazul în care dorinţele pacientului privind momentul şi modalitatea morţii diferă de cele ale familiei, personalul centrului va fi obligat să aleagă pe acela pentru care "călătoria" va fi mai scurtă. Membrii echipei centrului de îngrijire paliativă pot avea loialităţi contradictorii între eul lor moral personal şi rolul lor profesional [3].

Eutanasia şi îngrijirile paliative nu se exclud reciproc

În Olanda, majoritatea medicilor care oferă îngrijiri paliative consideră eutanasia, în anumite condiţii, o opţiune posibilă în contextul acestui tip de îngrijiri. Când durerea sau suferinţa unui pacient devin insuportabile şi când au fost epuizate toate celelalte alternative, eutanasia este considerată ***un mijloc acceptabil din punct de vedere moral în ultimă instanţă*** [8]. În plus, numeroşi profesionişti din alte instituţii medicale îşi afirmă expertiza în îngrijiri paliative din ultimele decenii şi susţin că îngrijirile paliative nu pot niciodată elimina toate solicitările de eutanasiere. Partizanii eutanasiei au susţinut că, la fel ca în cazul inutilităţii medicale, există ceea ce se poate numi paliaţie inutilă. [2].

Ministrul Sănătăţii din Olanda a prezentat în declaraţia sa opinia majorităţii medicilor olandezi conform căreia „eutanasia poate fi un sfârşit demn la nişte îngrijiri palliative de calitate în stadiul final, terminal" [15]. Unii autori propun chiar termenul de îngrijiri paliative integrale, în cadrul cărora eutanasia este considerată drept o altă opţiune la sfârşitul drumului îngrijirilor paliative [2]. Cu alte cuvinte, eutanasia

reprezintă o formă de îngrijire paliativă - actul final al paliației, dacă se poate spune astfel. În cazul în care specialiştii în îngrijiri paliative nu pot controla durerile şi suferința insuportabile, practicienii de eutanasie trebuie să îşi ia rolul în serios. Aceştia vor oferi ceea ce îngrijirile paliative nu au putut – o moarte liniştită, nedureroasă şi „uşoară". În sprijinul acestei opinii vin constatările unui studiu național belgian privind deciziile de la finalul vieții în practica medicală potrivit căruia 61,3% din toate deciziile de încetare a vieții au fost luate de către medici cu studii postuniversitare în îngrijri paliative [5]. Aşadar, s-ar părea că ***eutanasia şi îngrijirile paliative împărtăşesc obiective similare.*** În cele din urmă, nu pun ele oare ambele accentul pe autonomia pacientului, şi nu vizează reducerea durerii şi suferinței sau oferirea unei „morți demne"? Din această perspectivă, legea belgiană privind eutanasia adoptată în 2002 prevede că pacienții care solicită eutanasierea trebuie să fie informați asupra posibilităților îngrijirilor paliative, însă nu impune consultarea unei echipe de îngrijiri paliative înaintea eutanasierii [2].

Unii autori consideră că nu există studii suficiente pentru a sprijini opinia conform căreia eutanasia este inutilă în virtutea progreselor semnificative în controlul durerii şi al simptomelor. Chiar dacă din punct de vedere teoretic era posibilă obținerea reducerii totale a suferinței fizice, oferirea unor astfel de îngrijiri lasă mult de dorit [28]. Potrivit constatărilor unui raport care a evaluat procedura de eutanasiere în Olanda, în 88% dintre cele 3200 de cazuri anuale de eutanasiere tratamentul la momentul respectiv a avut un caracter paliativ. În 83% din toate cazurile medicii specializşti în eutanasiere au declarat că nu mai erau disponibile alternativele de tratament. Potrivi medicilor, pacienții respectivi sufereau în mod insuportabil şi ireversibil. Incapacitatea de a calma suferința a constituit principalul motiv din spatele deciziei în favoarea eutanasierii sau a suicidului asistat de medic [26]. Într-un alt studiu olandez două treimi dintre medici nu au fost de acord cu sugestia că tratarea adecvată a durerii şi îngrijirile în fază terminală fac eutanasia inutilă. A deține convingeri religioase, a fi medic în aziluri de îngrijire, sau chiar în alte specialități, a nu dori să practici eutanasia, toate acestea au fost legate de convingerea că tratarea adecvată a durerii şi îngrijirile în fază terminală ar putea face eutanasia inutilă [9].

Datele dintr-un studiu canadian efectuat în rândul pacienților cu SIDA arată că decizia de a planifica o moarte asistată era în mică măsură legată de refuzul îngrijirilor paliative sau de incapacitatea de a avea acces la servicii medicale de calitate. Mai curând pare să fie legată de ***a-ți controla propria moarte*** – o dorință de a muri într-un mod compatibil cu propriile convingeri şi valori morale şi nu neapărat cu cele ale personalului medical. Cu toate că unii participanți la studiu au confirmat existența fricii de maşinile care întrețin viața dincolo de rațiune, de durerile necontrolabile, de pierderea controlului, preocuparea imperioasă a fost legată de pierderea independenței şi a incapacității de a lua decizii personale. În SUA jumătate dintre pacienții cu ALS sunt incluşi în programe ale centrului hospice însă cu toate acestea rudele lor oferă încă aproximativ 11 ore de îngrijire pe zi şi prin urmare una dintre principalele frici ale pacienților este aceea de a nu reprezenta o povară pentru familiile lor [8]. Pentru persoanele care suferă de o boală terminală sau incurabilă, care au hotărât că nu mai merită să trăiască, pentru care nu există nicio speranță de

vindecare, impunerea continuării vieții lasă impresia de tiranie. Care este justificarea pentru a obliga pe cineva să trăiască într-o astfel de stare, atunci când situația respectivă este contrară convingerilor şi valorilor personale? [20]

Alți autori susțin că ***eutanasia este deja practicată, deşi sub o formă diferită.*** Principiul *„dublului efect"*, utilizat în îngrijirile paliative şi justificat în virtutea diferitelor intenții, nu este perceput a fi diferit de eutanasie. Oponenții acestui principiu sugerează că doctrina poate fi uşor manipulată pentru a asigura în mod ascuns moartea pacientului într-o formă legitimă. Pacientul poate suferi până la un grad la care calitatea vieții este de o aşa natură, încât medicul şi/sau pacientul de comun acord stabilesc că moartea este preferabilă vieții [21]. Foarte discutabil este cazul aşa-zisei *sedări terminale*, practica de a administra medicație cu scopul de a face persoanele care suferă de o boală terminală inconştiente până la moartea lor, tocmai datorită suferinței necontrolabile. Potrivit unui studiu al lui Heide şi al [11] sedarea terminală a fost utilizată în 7,1% din toate decesele olandeze în 2005. Dacă pacientul a fost sedat terminal şi apoi au fost excluse nutriția şi hidratarea, cum se întâmplă adesea, acest lucru pare similar cu eutanasia activă, cu toate că aceasta este o eutanasiere „lentă", în care pacientul este efectiv şi în mod intenționat deshidratat sau înfometat până la moarte [21]. Este aceasta o perspectivă mai etică decât eutanasia având în vedere că eliminarea alimentației şi a hidratării nu reduce suferința ulterioară, ci ajută doar la grăbirea morții pacientului? De asemenea, *oprirea sau neacordarea ratamentului* considerat inutil, prea împovărător şi fără nici un beneficiu pentru pacient (situație acceptabilă din punct de vedere etic) nu este diferită din punct de vedere moral de eutanasie [16]. Din perspectivă consecvențialistă, intențiile nu sunt sub nicio formă decisive pentru moralitatea acțiunilor. Moralitatea unui act este apreciată în raport cu consecințele. Însă în toate aceste cazuri consecința este că pacientul moare, iar durerea şi suferița sunt alinate [15]. Analizând în continuare, doctrina dublului efect, pare a fi o scuză morală în comparație cu alte abordări ale argumentației etice. În majoritatea situațiilor suntem responsabili din punct de vedere moral pentru toate consecințele acțiunilor noastre, nu doar pentru cele intenționate. Doctrina dublului efect pare a fi un principiu scos dintr-o "pălărie filosofică magică", creat special pentru a ne simți mai comod în oferirea de îngrijiri la sfâşitul vieții [25].

Din perspectiva focalizării asupra ***autonomiei*** în etica medicală, unii specialişti din hospice apreciază că un control adecvat al pacientului trebuie să includă decizii cu privire la momentul, împrejurările, şi metoda morții. Unii autori susțin dreptul pacienților din centrul de îngrijire paliativă de a solicita eutanasierea ca alternativă în virtutea „dreptului de a-şi controla propriul organism… Centrul hospice pierde pacienții atunci când nu oferă alegerea respectivă" [3]. Solicitarea de eutanasiere reflectă faptul că fundamentul cel mai larg în baza căruia cineva se îngrijeşte de celălalt este că celălalt este o ființă umană, un semen, care merită demnitate şi respect. Filozofiile centrului de îngrijire paliativă şi a autonomiei pacientului nu se exclud reciproc, ci sunt alternative compatibile, ambele fiind necesare pentru a întări alegerea, demnitatea şi respectul de sine al pacientului la sfârşitul vieții [3, 28].

În sfârşit, se pare că îngrijirile paliative există pentru ceea ce ele înseamnă şi nu pentru a contracara

anumite încercări de legalizare a eutanasiei. Prin dezvoltarea acestei practici şi a răspândirii ei în secţiile medicale, îngrijirile paliative certifică încetul cu încetul această capacitate redescoperită de medicină de a nu nega sprijinirea neputinţei umane, şi a suferinţei prezente în procesul morţii [12].

Concluzii

Sunt din nou ridicate întrebările dacă îngrijirile paliative de calitate pot evita solicitările de eutanasie. Cu cât dobândim mai multă experienţă în domeniul îngrijirilor paliative, cu atât realizăm mai mult că durerea şi suferinţa au multe faţete. Mulţi sunt de acord cu faptul că îngrijirile paliative nu pot elimina toate solicitările de eutanasiere. Nu putem nega faptul că oferirea celor mai bune îngrijiri fizice şi psihologice continuă să fie inadecvată pentru cei care suferă de o boală terminală în cazul cărora autonomia este esenţială oricărei noţiuni de viaţă valoroasă.

Per ansamblu, argumentele în favoarea unui punct de vedere conform căruia îngrijirile paliative şi eutanasia se exclud reciproc sunt mai numeroase şi par a fi mai puternice decât argumentele în favoarea compatibilităţii dintre acestea. Însă dacă cineva acceptă faptul că în unele cazuri, posibil numeroase, îngrijirile paliative pot evita efectuarea eutanasierii, este necesar ca îngrijirile paliative să continue să se dezvolte. Avem de asemenea nevoie de studii exhaustive privind experienţa durerii şi a suferinţei, controlul simptomelor şi serviciile de îngrijiri paliative. Şi mai ales, trebuie să ne amintim că obiectivul principal al îngrijirilor paliative nu este acela de a preveni solicitările de eutanasiere, obiectivul principal este de a oferi îngrijiri de calitate.

Bibliografie

[1]. Angarola, R. and Joranson, D., **Pain and euthanasia: The need for alternatives**, *APS Bulletin*, vol. 2, nr. 2, 1992, pg. 10-17;

[2]. Bernheim, J. L., Deschepper, R., Distelmans, W., Mullie, A., Bilsen, J., Deliens, L., **Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy?**, *BMJ*, vol. 336, 2008, pg. 864-867;

[3]. Campbell, C.S., Hare, J., and Matthews, P., **Conflicts of conscience. Hospice and assisted suicide**, *Hastings Centre Report*, vol. 25, nr. 3, 1995, pg. 36-43;

[4]. Council of Europe, **Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying**, 25 June 1999;

[5]. Deliens, L., Mortier, F., Bilsen, J., Cosyns, M., Vander Stichele, R.H., Vanoverloop, J., et al., **End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a national survey**, *Lancet*, vol. 356, 2000, pg. 1806-1811;

[6]. Foley, K.M. and Hendin, H., **The case against assisted suicide: for the right to end-of-life care**, *Baltimore: Johns Hopkins University Press*, 2002;

[7]. Foley, K.M., **The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide**, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 6, 1991, pg. 289-297;

[8]. Ganzini, L. and Block, S., **Physician-assisted Death – A Last Resort?,** *N Engl J Med*, vol. 346, nr. 21, 2002, pg. 1663-1665;

[9]. Georges, J., Onwuteaka-Philipsen, B., Van Der Heide, A., Van Der Wal, G., Van Der Maas, P., **Physicians' Opinions on Palliative Care and Euthanasia in The Netherlands**, *Journal of Palliative Medicine*, vol. 9, nr. 5, 2006, pg. 1137-1144;

[10]. Gordijn, B. and Janssens, R., **Euthanasia and Palliative Care in the Netherlands: An Analysis of the Latest Developments**, *Health Care Analysis*, vol. 12, nr. 3, 2004, pg. 195-207;
[11]. Heide van der, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Rurup, M. L., Buiting, H. M., Delden van, J. J. M., Hanssen-de Wolf, J. E. et al., **End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act**, *New England Journal of Medicine*, vol. 356, nr. 19, 2007, pg. 1957-1965;
[12]. Jacquemin, D., **Can palliative care be an alternative to euthanasia?**, *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 5, 2002, pg. 213–214;
[13]. Janssens, M.J.P.A., Ten Have, H.A.M.J. and Zylicz, Z., **Hospice and euthanasia in the Nederlands. An ethical point of view**, *Journal of Medical ethics*, vol. 25, 1999, pg. 408-412;
[14]. Janssens, M.J.P.A., **Pain management**, in H. Ten Have and B. Gordijn (eds.), *Bioethics in a European perspective*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London, 2001, pg.495-509;
[15]. Janssens, M.J.P.A., **Palliative care. Concepts and ethics**, *Nijmegen*, Nijmegen University Press, 2001;
[16]. Low, J.A. and Pang, W.S., **Is euthanasia compatible with palliative care?**, *Singapore Med J*, vol. 40, nr. 5, 1999, pg. 365-370;
[17]. Materstvedt, L.J., Ellershaw, J., Forde, R., Gravgaard, A.M., Muller-Busch, H.C., et al., **Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force**, *Palliative Medicine*, vol. 17, 2003, pg. 97-101;
[18]. Matthews, H., **Better palliative care could cut euthanasia**, *BMJ*, vol. 317, nr. 7173, 1998, pg. 1613;
[19]. Oduncu, F. S., **Euthanasia: Killing as Due Care?**, *Wien Med Wschr*, vol. 153, 2003, pg. 387–391;
[20]. Ogden, R., **Palliative care and euthanasia: a continuum of care?**, *Journal of Palliative care*, vol. 10, nr. 2, 1994, pg. 82-85;
[21]. Rothschild, A., **Just When You Thought the Euthanasia Debate Had Died**, *Bioethical Inquiry*, vol. 5, 2008, pg. 69–78;
[22]. Sahm, S., **Palliative care versus euthanasia. The German position: The German General Medical Council's principles for medical care of the terminally ill**, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 25, 2000; pg. 195-219;
[23]. Ten Have, H.A.M.J. and Janssens, M.J.P.A., **Palliative Care in Europe. Concepts and Policies,** *IOS Press*, 2001;
[24]. Ten Have, H.A.M.J. and Welie, J., **Euthanasia versus palliative care**, *in: Death and medical power. An ethical analysis of Dutch euthanasia practice*, England: Open University Press, 2005, pg. 141-148;
[25]. Truog, R. D., **End-of-life care: is euthanasia the answer?**, *Intensive Care Med*, vol. 32, 2006, pg. 6–8;
[26]. Van der Wal, G., Van der Maas, P.J., Bosma, J.M., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Willems, D.L., Haverkate, I., and Kostense, P.J., **Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands**, *New England Journal of Medicine*, vol. 335, 1996, pg. 1706-1711;
[27]. Virik, K., Glare, P., **Requests for euthanasia made to a tertiary referral teaching hospital in Sidney, Australia in the year 2000**, *Support Care Cancer*, vol. 10, 2002, pg. 309–313;
[28]. Willard, C., **Killing and caring: is euthanasia incompatible with care?**, *European Journal of Cancer Care*, vol. 6, 1997, pg. 40-44;
[29]. World Health Organization, **Cancer pain relief and palliative care**, *Technical Report Series 804*, Geneva, 1990.